

德國長期照護險

之 特徵 與 運作

陳麗娟

摘 要

人口老化與少子化現象已經成為全球普遍的現象，各國在面對高齡化的人口結構改變均積極思考應如何解決這種社會現象。我國國人的年均壽命普遍提高，高齡化社會已經成為一種新的社會現象，再加上社會經濟發達，婦女參與社會經濟愈來愈多，而造成婦女的總生育率嚴重下滑，少子化與人口負成長對於國民經濟發展造成莫大的隱憂。本文將以德國長期照護險的制度作為研究對象，闡述德國長期照護險的興起及至立法成為獨立的法定社會保險之一，特別是闡述長期照護險與健康保險結合的運作模式，以作為我國未來長期照護險立法時的參考借鏡。

關鍵詞：德國、高齡化社會、長期照護險、健康保險、社會保險

壹、研究動機與目的

人口老化與少子化現象已經成為全球普遍的現象，各國在面對高齡化的人口結構改變均積極思考應如何解決這種社會現象。我國國人的年均壽命普遍提高，高齡化社會已經成為一種新的社會現象，再加

上社會經濟發達，婦女參與社會經濟愈來愈多，而造成婦女的總生育率嚴重下滑，少子化與人口負成長對於國民經濟發展造成莫大的隱憂。

本文將以德國長期照護險的制度為研究對象，首先闡述德國長期照護險的興起及至立法成為獨立的法定社會保險之一，

接著闡述長期照護險與健康保險結合的運作模式，以作為我國未來長期照護險立法的參考借鏡，以期強化社會安全體系與降低政府的財政負擔。

貳、德國長期照護險之發展演進

一、德國法定社會保險制度概況

德國的社會保障制度源自19世紀，藉由集體的保險制度提供老年照護保障，逐步結合國家社會保險制度而成為完整的社會保障制度。老年照護涉及社會福利政策、國家財政與道德等層面的問題，但發展至今，國家不再能夠完全保障老年照護。隨著人口結構變化、老人化與少子化的現象、再加上市場的全球化，都嚴重衝擊社會保障制度（註1）。為因應高齡社會與少子化的倒金字塔人口結構，近年來德國政府不斷地進行改革，以期能在世代契約（Generationenvertrag）（註2）下仍能維護社會公平正義，也就是在改革社會保障制度的過程中，要降低工資成本以致力於提升德國產業的競爭力。

在社會國家（Sozialstaat）的概念下，國家固然負有照顧人民基本生存的任務，

但在國家財政緊縮的情況下，特別是高齡社會、高失業率、低出生率等現象所衍生的資源分配公平問題，雖然德國政府一方面以許多的配套措施（例如提高兒童津貼）鼓勵人民「多產」以減緩倒金字塔的人口結構，但德國政府自1970年代以來一直致力於改革自19世紀俾斯麥以來的社會保障制度，實施替代的健康保險給付、由民營的保險公司參與社會保險的事務、實施強制照護保險，以便老年人有更好的照護、年金改革鼓勵人民自願地投保年金保險，並予以租稅優惠獎勵。

德國的法定社會保險實施時間如下表（註3）：

1883年	勞工的健康保險
1884年	法定意外險
1889年	年金保險
1927年	失業保險
1995年	長期照護險

德國的社會保險形成一個安全的社會網（soziales Netz），法定社會保險的目標為使每個人可以進入必要的保險部門，社會保險由受僱人與雇主共同承擔保險費，法定社會保險的特徵就是以被保險人的所

《註1》 www.cccu.de

《註2》 世代契約（Generationenvertrag）的概念為自俾斯麥（Otto von Bismarck）實施年金保險（Rentenversicherung）以來最重要的依據，也就是每一代人的年金係從下一代人繳納的年金保險費獲得年金，基本的概念就是年輕一代有義務照顧家庭裡的上一代，但隨著人口結構與經濟環境的變遷，傳統的家庭觀念式微，德國在1898年公布殘障與老年保險法（Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung）開始實施年金保險，由受僱人與雇主共同負擔年金保險費，1950年代開始進行年金保險改革，但仍強調世代契約在年金保險團結制度的意義，年輕的世代應保障老年年金。1957年更明文規定世代契約為年金保險的基礎。

《註3》 www.cccu.de

得多寡為計算保險費繳納的基礎，也就是保險費係依據受僱人的所得比例繳納，因此所得高的人明顯的也繳納較高額的法定義務保險的保險費，原則上所有的受僱人都必須投保法定義務保險，但對於獨立自主的從業人與所得高於法定健康保險義務保險所得額度的人，也可以選擇私人健康保險，因此也有可能投保私人長期照護險，所有的保險費（註4）也會由雇主自動地繳交給負責承保的保險機構（註5）。

社會保險適用團結共同體（Solidargemeinschaft）原則，被保險人應由其所得繳納保險費，國家則是以租稅的優惠減免支援社會保障制度，社會保障制度就是防止人民在失業、疾病、有照護需要、意外傷害與老年時陷入生活困頓，受僱人（Arbeitnehmer）有保險的義務，並以其所得為準，在一定所得限度以下必須投保社會保險（即法定健康保險、長期照護險、意外險、年金險與失業險），僅在健康保險範圍得免投保法定義務保險，也就是年所得在一定金額以上者得選擇私人健康保險，而雇主（Arbeitgeber）一樣必須分擔社會保險的保險費。

社會保障制度的兩大基本原則為團結原則（Prinzip der Solidarität）與等值原則（Äquivalenzprinzip）。所謂的團結原則為不問保險費繳納的金額，每個繳納保險費者均受保險，因而保障患病者與健康者，以及老年人和年輕人間的衡平；而等值原

則係指給付符合保險費的支付，也就是特別在法定年金保險繳越高保險費者可以獲得更多的給付（註6）。

社會保險機構（Sozialversicherungsträger）為依據保險關係提供社會保障給付的機構，例如法定的健康保險機構（gesetzliche Krankenkasse）、德國年金保險協會（Deutsche Rentenversicherung Bund）與不同的職業合作社（Berufsgenossenschaft）。在德國，社會保險機構並非國家的機構，而是在法律上獨立的、自治的公法法人團體（Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung）。

社會法典第四部第29條至第90a條規定社會保險機構的組織與章程。目前德國的社會保險機構如表一。

社會保險機構由成員組成，成員負有對社會保險機構繳納保險費的義務，以便保險機構可以履行其支付任務——例如健康保險的保險費，由於保險機構是自治的團體，因此由機構的成員管理社會保險機構，成員自己選舉代表大會（Vertreterversammlung）與行政理事會（Verwaltungsrat）。社會法典則具體地規定個別社會保險機構的任務，例如第十一部規定長期照護險。所有的社會保險機構均受國家的法律監督，也就是大型的全國性保險機構都受到聯邦保險監理局（Bundesversicherungsamt）進行全國直接的監理，各邦（註7）的監理機關則是對

《註4》受僱人應繳納的保險費是直接由每個月的薪水扣除。

《註5》www.cec.de

《註6》www.cec.de

《註7》德國在1990年統一後，共有16個邦，各邦又有自己的保險監理機關。

表一

健康保險機構	附屬在健康保險機構內的長期照護保險機構	年金保險機構	意外保險機構	協會的保險機構 (註8)
<ul style="list-style-type: none"> • 一般的地方健康保險機構 (AOK) • 企業健康保險機構 (BKK) • 職業工會健康保險機構 (IKK) • 補償保險機構 (EK) 		<ul style="list-style-type: none"> • 德國年金保險協會 	<ul style="list-style-type: none"> • 26個營利職業合作社 • 海上職業合作社 • 鄉鎮意外保險協會 • 聯邦意外保險機構 • 其他的意外保險機構 	<ul style="list-style-type: none"> • 德國礦工-鐵道-湖泊年金保險協會 (DRV-KBS) • 農林暨園藝社會保險協會 (SVLFG)

於小型僅在其邦境內直接經營的社會保險機構進行監理。

二、德國長期照護險的發展背景

由於傳統的家庭結構解體，使得原來由家屬相互照護的現象逐漸瓦解，導致有愈來愈多的老年人需要仰賴外部的協助，而無法自己負擔這些照護的費用。在實施長期照護險前，有照護需要的人必須自己負擔這些照護的費用，若無法負擔時，則可以請求國家提供的社會救助 (Sozialhilfe)。由於社會保障制度承擔這些治療或住院照護的費用，而使得地方政府因為支出社會救助的費用飽受嚴重的財政負擔 (註9)。

1970年代針對社會政策的核心議題，

德國開始討論治療 (Behandlung) 與照護 (Pflege) 在概念上應加以區分，伴隨而來的是，按照照顧結構與財務條件應如何區別在組織上的問題。由於「治療需要」係由健康保險機構 (Krankenkasse) 在團結互助的概念下支付保險費，但「照護需要」卻是依據被照護人的個別需要支付費用，個人的所得與財產往往不夠負擔全部或部分的照護費用，而往往需要仰賴政府提供的社會救助，政府的財政負擔因此不斷增加，是以在1974年時，德國老人協助理事會 (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (註10) 的一個由老年人病學、老年心裡學、地方自治與社會學的專家組成的工作小組提出一份報告，建議應將醫療機構老年人的長期照護納入法定健康保險的給付

《註8》依據社會法典第五部第4條第2項規定，這類的保險機構亦為健康保險機構。

《註9》Michael Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2013 Bern: Verlag Hans Huber, S.447.

《註10》1962年12月在當時聯邦總統 Heinrich Lübke 的支持下成立德國老人協助理事會，因當時德國對於老年人的照護嚴重不足，尤其是老人安養院非常少，而且只是如同收容所的性質，因此德國老人協助理事會成立的宗旨就是要改善老年人與有照護需要者的生活，也可以說是德國長期照護險的濫觴。

範圍，也就是長期照護也應屬於法定健康保險機構的給付義務（註11）。

此一報告當時在德國社會引起普遍的關注與熱烈的討論，但卻遭到健康保險機構強烈的反彈。然而此一報告卻是德國社會討論長期照護險一個最重要的開端，特別是德國老人協理事會報告強調有必要界定對照護需要人的治療、以療養為主的照護、藥物的供給與復健等都應有照護人員的協助。整體而言，此一報告提出照護的新概念與鼓吹改善對於有照護需要人的照顧品質，同時也開啟德國逐步發展法定的長期照護險。至1991年止，本質上需要照護情形的照護與居家看護都不屬於法定健康保險的給付項目，必須由有照護需要者或家屬自行負擔治療或住院長期照護的費用，至於無法負擔照護費用者，則是尋求社會救助，這是德國社會保障制度的最後管道。因此，自1991年起通過立法將重度照護需要納入健康保險的實物給付（至25小時看護費用或750馬克）或金錢給付（400馬克）（註12）。

德國在長期照護險的立法過程中各政黨已經有共識，應給予有照護需要者必要的社會保障，在討論的過程中主要論點有三種保障模式（註13）：

（一）社會保險模式

主張社會保險模式（Sozialversicherungsmodell）的論點為在社會保險的範圍內將長期照護作為法定的健康保險給付項目的一部分，或創設一個新的社會保險獨立的類型，主要的特徵為保險費的分擔、被保險人的給付請求權、保險費的繳納與無照護需要審查。

（二）聯邦給付法

此一論點主張在聯邦照護給付法（Leistungsgesetz des Bundes）的範圍內，給予照護給付的法定請求權，此一論點的特徵為由稅收支付長期照護，對於全體國民都給予給付請求權，但僅在有照護需要時才得請求照護給付，應審查所得狀況以決定是否有照護需要。

（三）私人照護模式

此一模式主張對於照護需要的危險應有私人照護的法定義務（private Vorsorge），透過私人額外的保險，以保障照護需要，保險費的金額與所得無關，而是由危險種類決定保險費的多寡，由投保人與保險人以契約約定給付的範圍。

在1980年代，當時的德國聯合執政的各政黨也有不同的意見，因此當時只能採取過渡的作法，1989年進行的健康改革措施擴大法定健康保險的給付，將重度

《註11》Kuratorium Deutsche Altershilfe, Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkassen, 1974

《註12》社會法典第五部第53條以下舊規定。當時仍使用馬克（Mark），由於德國為歐元區成員，自2002年1月1日起正式啟用歐元。

《註13》Jörg Alexander Meyer, Der Weg zur Pflegeversicherung, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 1996.

照護需要納入給付項目，但自1991年1月1日起才生效施行（註14）。直至1990年代中期德國才最終確定採取社會保險模式，1994年聯邦議會通過長期照護險法（Pflegeversicherungsgesetz）明文規定法定長期照護險作為社會保障的新類型，同時自健康保險給付項目中刪除重度照護需要給付，而改由長期照護險支付。

在歷經20年的討論後，在1995年1月1日時，德國將長期照護險明文規定為第五個社會保險，聯邦衛生部（Bundesministerium für Gesundheit）闡明原則上長期照護險是對於人口老化與家庭結構改變的必要回應，以便給予老年人與有照護需要的人更好的照顧，而原則上也應依照團結互補的原則，使長期照護險對於需要照顧的一般生活危險給予必要的資助，有照護需要的人享有給付請求權。所謂有照護需要的人係指至少六個月持續因身體、精神或心理疾病、或殘障在日常生活必須仰賴協助的人，長期照護險主要是強化家人，以便可以履行其任務而能夠符合許多需要照護人的意願，可以在熟悉的環境中由其所熟悉的人照料（註15）。長期照護險之目的（註16）為：

1. 承認與保障長期照護需要為一般的生活危險，
2. 主動提供與促進居家的照護資源，

3. 依據競爭原則，創設一個有效率和經濟合理的照護措施，
4. 對照護需要承認為社會保險，預防和緊急治療與復建有相同的意義。

1995年1月1日開始實施長期照護保險法時並不是馬上完全實施，而是分為數個階段實施，首先僅收取應支付保險費所得的1%作為保險費，至1995年底止這個金額是作為平衡收入與支出的經費；長期照護險的給付也不是在生效時即刻施行，而是延後才開始施行，長期照護給付亦分為兩個階段：第一階段為自1995年4月1日起給予門診照護；第二階段為自1996年7月1日起實施，給予居家的完全機構照護給付，同時將保險費率提高至1.7%（註17）。

總而言之，自1995年1月1日起，原來的長期照護保險法成為社會法典第十一部（Sozialgesetzbuch XI）（註18），從此照護給付不再是社會救助，而是一種保險給付，可以是實物給付或金錢給付、門診治療給付、提供機構或部分機構的照護設施，根本地改善專業看護與志工看護的情況。雖然在德國社會對於有照護需要的人創設新的架構，但對於自實施長期照護險以來所採行的一次給付保險金的給付方式，實際上並無法完全滿足每個有照護需求而行使給付請求權的個案，畢竟長期照

《註14》1989年健康改革法（Gesundheitsreformgesetz）。

《註15》Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Pflegeversicherung, 1999 Bonn.

《註16》Bundestag-Drucksache 12/5262, S.1-4.

《註17》Michael Simon, aaO., S.449.

《註18》BGBl. 1994 I S.1014；修訂版BGBl. 2013 I S.2423.

護險並不是完全的保險，只是填補照護費用的支出，因此仍有許多照護需要的人，仍須申請社會救助。

長期照護保險法（即社會法典第十一部）共有130條，共分為13章，各章節表列如表二。

表二

第一章	一般規定（第1條至第13條）
第二章	給付請求權人的範圍（第14條至第19條）
第三章	保險義務人的範圍（第20條至第27條）
第四章	長期照護險的給付
第一節	給付的種類（第28條）
第二節	共同的規定（第29條至第35a條）
第三節	給付
標題一	居家照護給付（第36條至第40條）
標題二	部分的機構照護與短期照護（第41條至第42條）
標題三	完全的機構照護（第43條）
標題四	在完全的機構照護協助殘障者（第43a條）
第四節	對照護人員的給付（第44條至第45條）
第五節	給有明顯一般照護需求的被保險人的給付與繼續發展照護結構（第45a條至第45d條）
第六節	促進新的居住形式的創新計畫（第45e條至第45f條）
第五章	組織
第一節	長期照護保險機構（第46條至第47a條）
第二節	職權、成員（第48條至第49條）
第三節	申報（第50條至第51條）
第四節	履行協會的任務（第52條至第53b條）
第六章	財務
第一節	保險費（第54條至第60條）
第二節	保險費附加額（第61條）
第三節	經費的使用與管理（第62條至第64條）
第四節	平衡補償基金、財政平衡（第65條至第68條）
第七章	長期照護機構與給付提供者的關係
第一節	一般原則（第69條至第70條）
第二節	與長期照護機構的關係（第71條至第76條）
第三節	與其他給付提供者的關係（第77條至第78條）
第四節	合理效益審查與品質保證（第79條至第81條）
第八章	照護報酬
第一節	一般規定（第82條至第83條）
第二節	機構照護給付的報酬（第84條至第88條）
第三節	門診照護給付的報酬（第89條至第90條）
第四節	費用補償、邦照護委員會、長期照護機構的比較（第91條至第92a條）
第五節	結合的照護與照護支持點（第92b條至第92c條）

表二（續）

第九章	資料保護與統計
第一節	資訊依據
標題一	資料使用的原則（第93條至第98條）
標題二	長期照護保險機構的資訊依據（第99條至第103條）
第二節	給付資料的傳遞（第104條至第106a條）
第三節	資料刪除、詢問告知義務（第107條至第108條）
第四節	統計（第109條）
第十章	私人的長期照護險（第110條至第111條）
第十一章	品質保證、保護有照護需要者的其他規定（第112條至第120條）
第十二章	罰鍰規定（第121條至第125條）
第十三章	私人長期照護險津貼獎勵（第126條至第130條）

2002年1月1日生效的照護品質保障法（Pflege-Qualitätssicherungsgesetz）（註19）在社會法典第十一部第十一章第112條至第120條增訂保護需要照護人的照護品質保障規定，為達到照護品質保障之目標，首次規定應設置門診、部分機構與完全機構的照護機構，至遲應在2003年底實施照護機構內部的品質管理（註20），且至少每兩年應提出給付與品質的證明（註21）。

2008年時，德國首次對法定長期照護險進行改革，公布了照護繼續發展法（Pflegeweiterentwicklungsgesetz）（註22），

以期保障和繼續發展照護的品質，主要的改革內容為增訂治療的照護（註23）、擴大有照護需要請求權人的族群，使得原來無請求權的人亦得請求照護給付，明顯地提高低門檻照護的給付，也就是不僅應考量基本照護與進行居家照護所花費的時間，同時亦承認照顧時間和費用支出、或對於大部分失智病人雖僅是單純地隨侍在側，亦屬於長期照護險的給付項目（註24）。同時在2008年亦公布照護時間法（Pflegezeitgesetz），尤其對於照護與職業間有更好的規定，即在員工超過15人的企業，員工得請求無薪假以便照顧其親屬，

《註19》BGBI. 2001 I S.2320.

《註20》社會法典第十一部第80條第1項規定。

《註21》社會法典第十一部第113條規定。

《註22》BGBI. 2008, I.874.

《註23》至2012年止，階段性地提高門診治療的實物給付金額、日間與夜間照護給付，以及照護金，例如門診治療實物給付金額在第一階段原來為384歐元、2008年為420歐元、2010年提高為440歐元、2012年提高為450歐元。

《註24》<http://www.fuldaer-nachrichten.de/?p=10126>, last visited 2014/01/09.

在突發的照護需要情形，員工並得申請10日以下短期的無薪假。

2009年時，聯邦衛生部召集長期照護理事會（Pflegerbeirat）（註25）檢討照護需要的概念，長期照護理事會要求應將原來以身體標準定義的照護需要修改為五個照護需要等級，未來應考量有照護需要人身體、意識與溝通的能力，不應該以需要照護的時間來判定，而應該以自己獨立的程度決定有照護需要的人應請求哪個等級的給付（註26）。2009年國會大選結束後，聯邦政府成立一個由37人組成的專家理事會（Expertenbeirat），應督促聯邦衛生部重新草擬長期照護險改革的報告，2013年6月27日時聯邦衛生部提出報告（Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs），亦同意2009年的報告結果，對於照護需要的概念特別是應針對精神障礙和心理疾病的人定義，同時應將原來的三個照護等級修改為五個照護等級（註27）。

由於人口老化與少子化的倒金字塔人口結構愈來愈嚴重，為避免未來對於社會長期照護險增加的財政負擔，因此立法實施照護預防的獎勵，以期支持每個國民建構補充和自主的照護有一個有保障的老年生活。國家獎勵私人的照護預防，旨在致力於建立永續與符合世代公平的社會保障制度，而不會對年輕世代造成龐

大的財務負擔，因此應有一個更有效的誘因，鼓勵每個國民有一個額外的長期照護險。2012年3月聯邦議會通過照護重新調整法（Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung），修改原來由國家獎勵私人額外長期照護保險的規定，也就是每個人對有照護需要的情形自己負責與儲蓄，以便使更多人可以請求國家的獎勵。照護重新調整法規定法定長期照護險的被保險人自願投保一個額外的私人長期照護險時，每年可獲得保險金60歐元的額外補貼，但此一額外的私人長期照護險必須遵守法定的條件。額外的私人長期照護險係針對照護日額保險（Pflege-Tagesgeld-Versicherung）被保險人得自己確定保險保護的範圍，下限為每個月10歐元的最低保險費，上限則為社會長期照護險的雙倍給付，並明文規定保險公司應提供額外的長期照護險，並不得因健康危險而拒絕投保申請人的加保，也不得排除給付或多收危險的附加保險費。自2013年1月1日起，國家給予新締結的私人額外長期照護險補貼，社會法典第十一部第126條至第129條明文規定獎勵私人額外長期照護險的種類、範圍、要件與程序。

參、德國長期照護險之性質與特徵

《註25》2006年時，聯邦衛生部成立長期照護理事會（Pflegerbeirat）。

《註26》<http://www.deutscher-pflegerat.de/newsletter.archiv.html>, last visited 25/09/2013.

《註27》<http://tablet.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-02/bericht-zum-pflegebeduerftigkeitsbegriff.html>, last visited 2013/09/21.

德國基本法第2條揭櫫社會國家（Sozialstaat）原則，表明國家的任務不僅有保護人民的義務，同時社會保障又具有社會平衡的作用，近年來德國的社會保障制度在高齡社會與少子化人口結構的衝擊下，應如何達到社會公平正義又能持續維持產業競爭力，是改革社會保障制度的核心議題，因此實施民營保險公司廣泛地參與社會保障制度與實施替代的社會保險給付。德國的社會保險制度是社會保障最重要的一環，主要的社會保險為法定健康保險、法定年金保險與法定照護保險。1969年德國統整社會議題的法律規範集結成社會法典，並陸續公布12部的社會法典，不僅規範社會保險不同的部門，而且也規範

不具有保險特徵的社會福利。

德國的社會法典共有十二部（註28），規範的內容如表三。

自1995年1月1日起，原來的長期照護保險法（Pflegeversicherungsgesetz）成為社會法典第十一部（Sozialgesetzbuch XI）。也就是自1995年起，長期照護險成為一種獨立的社會保險，也是德國最年輕的社會保險（註29）。長期照護保險機構（Pflegekasse）為長期照護險的保險人，也就是在每個健康保險機構（Krankenkasse）應設立一個長期照護保險機構，以負責執行長期照護險的業務。長期照護保險機構主要的任務為在給付範圍內，應給予被保險人保證符合需要、穩定、符合一般公認

表三

第一 部	總則
第二 部	對求職者的基本保障
第三 部	工作獎勵
第四 部	社會保險的一般規定
第五 部	法定健康保險
第六 部	法定年金保險
第七 部	法定意外保險
第八 部	兒童與青少年救助
第九 部	殘疾人士的復原與參與
第十 部	行政程序與社會資料保護
第十一部	社會的照護保險（也就是所謂的長期照護險）
第十二部	社會救助

《註28》 www.sozialgesetzbuch-sgb.de 可查閱社會法典的全部內容。

《註29》 Michael Simon, aaO., S.447.

水準的醫療照護認知的照護。(註30)為履行其保障的任務，長期照護保險機構應與照護機構締結照護契約，當然國家仍是給予人民生存照護的最後負責人。因此社會法典第十一部第46條第6項與第9項明文規定國家對於長期照護保險機構應進行廣泛的法律監督。

長期照護機構以自己的責任作為公法上有權利能力團體的自治機構以履行其任務(註31)。長期照護機構對於有照護需要的人承擔不同的照護給付，例如照護金(Pflegegeld)。長期照護險提供給照護需要人協助，而按照照護情形的嚴重程度由保險機構提供給付，這些給付可以給予輔具、看護費用的金錢給付或分擔安養院的費用。長期照護險的支出由被保險人與雇主繳納的保險費共同分擔，保險費則是依據被保險人應繳納保險費的所得計算，眷保的家屬與登記的共同生活伴侶不需繳納保險費。(註32)

為防止照護需要的危險，社會的長期照護險負有對需要照護人提供救助的任務，這些任務是按照照護需要的程度而給予團結和實際的支援。不同於健康保險通常會填補在醫療上必要的治療，長期照護

險不是完全的保險，並不會填補所有的照護費用。依據社會法典第十一部第13條之規定，因照護需要，依據聯邦照護法(Bundesversorgungsgesetz)第35條與其他準用聯邦照護法的補償給付、社會法典第七部法定意外險，以及依據法定規範的意外照護或意外照料，由公家基金支付的給付優先於長期照護險的給付，也就是在這些規定的優先照護給付範圍內，並無長期照護險的給付請求權；不牴觸社會法典第五部第37條規定的居家健康照護給付；長期照護險的給付優先於第十二部、補償平衡法、戰爭受害人照料法等規範的照護救助。長期照護險在社會給付與依據政治庇護給付法的給付，不視為所得。

社會法典第十一部第34條規定被保險人居住於國外時，中止給付請求權，但僅暫時居住於國外至六星期止，仍得繼續給與第37條的照護金或第38條部分的照護金；以看護人員陪同照護需要人在國外拘留期間提供照護的實物給付為限，才得適用此一照護實物給付。但有照護需要的被保險人居住於歐盟的其他會員國(註33)、歐洲經濟區的締約國(註34)或瑞士時，並不中止照護金的請求權。在社會

《註30》社會法典第十一部第69條規定。

《註31》社會法典第十一部第46條規定，由負責監理健康保險機構的機關負責對長期照護保險機構的監理。在長期照護保險法生效施行時並未設立額外新的自治機關，而是由每個健康保險機構的機關負責與其連結的長契照護保險機構。

《註32》社會法典第十一部第1條規定。

《註33》這些國家有愛沙尼亞、立陶宛、拉脫維亞、瑞典、芬蘭、丹麥、英國、愛爾蘭、荷蘭、比利時、盧森堡、義大利、奧地利、法國、西班牙、葡萄牙、希臘、賽浦路斯、馬爾他、波蘭、捷克、斯洛伐克、匈牙利、斯洛維尼亞、克羅埃西亞、保加利亞、羅馬尼亞。

《註34》這些國家為冰島、挪威、列支敦斯登。

法典第五部第37條規定的居家病人照護請求權範圍或有家事照護基本照護請求權時，在一個照護機構的機構照護居留時，即應中止居家照護的請求權。在完全的機構照護醫院治療有基本照護與家事照顧請求權或在機構照護給付以醫療復健的前四星期，仍應繼續支付照護金。

肆、德國長期照護險之運作模式

一、長期照護險附隨健康保險原則

法定長期照護險與法定健康保險最大的不同是法定長期照護險幾乎是適用於全民的一般保險義務（註35），也就是長期照護保險法規定不僅屬於法定健康保險的人應投保長期照護險，而屬於私人健康保險的人也應投保長期照護險，只有完全沒有健康保險的人才不包括在長期照護險的適用範圍內（註36）。由於長期照護險在設計上為法定的保險義務，因此在社會法典第十一部第1條第1項定義社會的長期照護險（soziale Pflegeversicherung），第2項定義私人的長期照護險（private Pflegeversicherung），二者形成法定的長期照護險（gesetzliche Pflegeversicherung）（註37）。

依據社會法典第十一部第1條第2項與第20條之規定，所有法定健康保險的被保險人依法亦在法定長期照護險中被保險；第23條規定，所有在私人健康保險的被保險人在該健康保險機構亦應締結與維持一個照護保險契約，以保障照護需要的危險，也就是依據長期照護險附隨健康保險原則（Grundsatz Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung），因此法定健康保險亦應承保法定長期照護險，私人健康保險的被保險人亦應被承保私人的長期照護險（註38）。當然私人額外的長期照護險可以補充法定或私人長期照護險的保險保護。總而言之，長期照護險在設計上為法定的保險義務（註39），對於全部依據德國法投保健康保險的被保險人亦實施長期照護險的義務，因而減輕地方自治機關應支出社會救助的財政負擔，同時給予人民更好的照護。

最普及的社會保險部門為法定的健康保險，自2011年起，年所得在49,500歐元以下的所有受僱人都必須投保法定健康保險，高所得的受僱人與獨立自主的從業人得自願地投保法定健康保險（註40）。法定健康保險的特色為家屬的眷保，子女係自動地一起被保險，且不需繳納保險費，此一原則亦適用於無自己所得來源或僅從

《註35》Michael Simon, aaO., S.449.

《註36》社會法典第十一部第1條第2項、第20條與第23條規定。

《註37》Michael Simon, aaO., S.449.

《註38》www.cec.u.de.

《註39》Michael Simon, aaO., S.449.

《註40》GKV-Finanzierungsgesetz.

事迷你工作（Minijob）（註41）的配偶。類推適用法定健康保險，在社會的長期照護險，家屬與同居伴侶（註42）為免繳保險費的眷保。依據社會法典第十一部第56條第1項規定，符合第25條眷保要件的家屬與同居伴侶不需繳交保險費，第25條眷保者為配偶、同居伴侶、被保險人的子女，以及眷保子女之子女，但必須在德國境內有住所或居所、尚無保險義務、尚無獨立謀生者、月所得低於法定金額者才得眷保，第25條第2項並規定眷保的子女必須尚未滿18歲（註43）、尚未滿23歲無工作的子女、尚在就學或接受職業培訓未滿25歲的子女，以及因身體、精神或心智障礙而失能無法自理的子女則無年齡的限制，則

無年齡限制均為眷保的對象。

社會法典第十一部第55條第2項規定長期照護險保險費的計算限制，即適用與法定健康保險相同的計算限制，依據社會法典第五部第6條第6項與第7項規定，以2003年總所得為45,900歐元為計算基準，但在2002年12月31日時年總所得超過而無保險義務，且已經在一家民營的健康保險公司投保一個替代的健康保險時，在2003年的年總所得為41,400歐元；此一年總所得金額逐年按照與前一個曆年的總所得比例變更；每一年的年總所得增加450歐元，也就是表列如表四。

長期照護險是在照護需要的情形給予被保險人財務上的支援。德國長期照護險

表四

第 6 項的情形		第 7 項的情形	
年度	年總所得上限	年度	年總所得上限
2003	45,900歐元	2003	41,400歐元
2004	46,350歐元	2004	41,850歐元
2005	46,350歐元	2005	42,300歐元
2006	46,800歐元	2006	42,750歐元
2007	47,700歐元	2007	43,200歐元
2008	48,150歐元	2008	44,100歐元
2009	48,600歐元	2009	44,550歐元
2010	49,050歐元	2010	45,000歐元
2011	49,500歐元	2011	45,450歐元
2012	49,900歐元	2012	45,900歐元
2013	50,350歐元	2013	46,350歐元

《註41》所謂的迷你工作，係指低於450歐元月收入的工作。

《註42》社會法典第十一部第1條第6項、第56條第1項規定。

《註43》德國滿18歲為成年。

與健康保險相同，也分為法定的長期照護險與私人長期照護險兩種。所有法定健康保險的被保險人亦屬於法定長期照護險的被保險人，對於法定健康保險被保險人的家屬只要是沒有收入或收入在一定金額以下時，都屬於免費的眷保。

法定的長期照護險亦係依據所得多寡繳納保險費，也如同法定健康保險費是由勞資雙方共同分擔長期照護險的保險費，社會法典第十一部第58條第1項規定，有法定健康保險義務的勞工與雇主按其工資所得計算各負擔一半的保險費，以為勞工支付短期工資為保險費為限，由雇主單獨負擔保險費，無子女的勞工應依據第55條第3項規定負擔無子女的附加保險費，即對於被保險人在滿23歲的月份屆滿後應提高保險費率以0.25%作為附加保險費，此一立法目的在於鼓勵生育，因此有子女的被保險人無需繳附加保險費；但在長期照護險並不是適用平等的繳費原則，一開始實施長期照護險時顧及對於雇主額外負擔的補償，社會法典第十一部第58條第2項規定刪除一個全國性的法定假日，以便勞工每年有一個無薪的工作日，在德國由於有些宗教性質的休假日並非全國性的休假日，例如懺悔暨祈禱日（Buß- und Betttag），刪除這類的休假日屬於各邦的權限，除Sachsen邦外，其他15個邦宣布懺悔暨祈禱日為一般的工作日，而不需由雇主支付額外的工資（註44）。因此第58條第3項規定，若勞工所在的邦未決議刪除

休假日時，則在實施長期照護險時，勞工必須自己負擔1%的保險費；依據第55條第1項的規定，保險費率在全德國統一為有保險義務的被保險人收入的2.05%，屬於第28條第2項應適用公務員法的人員，保險費率為1.025%，但應自己負擔0.5%的保險費。

由於法定健康保險適用填補需要原則（Prinzip der Bedarfsdeckung），是按照醫療必要給付的支付確定保險費率，但是在長期照護險則是適用保險費用穩定原則而不是填補需要，因此應限制給付的項目。但實際上，在德國已經超過10年未提高給付金額，並未對價格發展做必要的調整，導致實物給付逐年減少（註45）。因此2008年時通過長期照護繼續發展法才開始對不同的照護階段逐步地提高給付金額。第一階段的提高在2008年7月1日生效；第二階段在2010年1月1日生效；第三階段在2012年1月1日生效。為能支付改善的給付，2008年7月1日保險費率提高為1.95%。2012年通過的長期照護重新調整法雖然沒有全面地提高保險費率，但有一系列給付改善措施，特別是對於失智的被保險人，2013年1月1日起將保險費率提高至2.05%。

二、依據申請給予照護給付

社會法典第十一部第33條規定，僅在基於申請才給予長期照護險的給付，而依據社會法典第一部的第36條之規定，年滿

《註44》Michael Simon, aaO., S.451f.

《註45》Michael Simon, aaO., S.453.

15歲者得提出申請，父母或監護人為未成年人的法定代理人，應為未成年人提出申請；照護人在其照護範圍應為成年的照護需要人提出申請。自申請到達起五星期內，長期照護機構應決定申請，並以書面通知結果；若超過五星期的期限時，可歸責於照護機構的遲延時，照護機構自超過期限的星期開始，應立即支付給申請人每星期70歐元（註46）。照護給付係有期限地核准，在期限屆滿前應提出新的申請，而照護保險機構應加以指示，遲延提出的申請如同提出新的申請。

三、分級的照護給付

長期照護險係為協助有照護需要的人，係指因身體、精神或心理上的疾病或殘障而需要日常生活一般與規律反覆事務的協助，至少需要六個月持續的協助（註

47），也就是在日常生活中需要的經常協助，必須由健康保險機構提供給需要照顧的人醫療服務。依據社會法典第十一部第14條第4項定義「日常生活一般與規律反覆事務」的概念，係指

1. 在身體照護範圍指盥洗、沖澡、洗澡、刷牙、梳頭髮、刮鬍子、幫助排便或排尿；
2. 在進食照護範圍指調製適合吞嚥的食物或灌食；
3. 在行動照護範圍指自己獨自起床與就寢、穿脫衣服、走路、站立、上樓梯、出門或回到住宅；
4. 在居家照護範圍指上街購物、烹煮、清潔住宅、清洗、換洗衣物或生火供暖。

按照照護的等級（也就是需要協助的程度）而有不同的範圍。原則上可以分為下列的四個等級（註48）（見表五）。

表五

照護等級0	雖然尚未達到照護等級1的標準，但還是需要照護的協助，在這一等級雖然無法獲得長期照護險的支援，但可以在報稅時主張非常的負擔而減免扣繳。
照護等級1	明顯需要照護，每天至少需要1.5小時的協助。在身體照護、進食或行動上，至少每天一次需要在一個照護範圍或至少兩個事務的協助，且在居家照護上每週需要額外數次的協助。
照護等級2	重度照護需要，每天至少需要3小時的協助。在身體照護、進食或行動上，每天在不同的時段至少需要三次協助，且在居家照護上每週需要額外數次的照護。
照護等級3	最重度照護需要，每天至少需要5小時的協助。在身體照護、進食上，每天整點與夜間需要協助，且在居家照護上每週需要額外數次的協助。

《註46》社會法典第十一部第18條第3b項規定。

《註47》社會法典第十一部第14條規定。

《註48》社會法典第十一部第15條規定。

長期照護險應確認有照護的需要（註49），長期照護保險機構在決定應給予哪個照護等級，應考慮照護鑑定（Pflegegutachten）的建議而決定照護等級，也就是照護鑑定為長期照護給付的依據，也就是健康保險機構的醫療鑑定服務處（Medizinischer Dienst der Krankenkassen）應提出一份鑑定，以便調查被保險人的照護需要程度，也就是應探訪居家有照護需要人實地調查個案當事人的需要程度；私人的健康保險機構則係成立一家醫療審查有限公司（Medicproof GmbH）以審查照護等級。不論在法定或私人的長期照護險，在判斷照護需要的程度上適用相同的標準（註50）。

由於醫療鑑定服務處的鑑定為行政處分（Verwaltungsakt），當事人不服時得提起異議，必要時並得向社會法院（Sozialgericht）訴請救濟，但在2012年長期照護重新調整法生效後，則是由獨立的鑑定人在第一次申請給付照護時進行確認是否有照護需要，此一獨立的鑑定人既非任職於長期照護保險機構，亦非任職於健康保險機構的醫療鑑定服務處。社會法典第十一部第18條規定確認照護需要的程序，即長期照護保險機構應委託健康保險機構的醫療鑑定服務處，或其他獨立的鑑定人審查是否符合照護需要的要件，與屬於哪個階段的照護需要。在照護鑑定，應

明確地表列個人的照護（例如身體照護、進食、行動能力）和居家照護；對於日常生活的個別行動應規定一個時間表、看護人員的經驗評價、應指明屬於哪一個照護等級與建議採取的照護措施（註51）。

四、照護給付的類型

德國長期照護保險法主要的概念為提供人民照護為整個社會的任務，應建立一個協助與共同合作的新文化（註52），如果沒有家屬或其他人員（社工、看護）的協助，事實上在許多的案例很難發揮照護的作用，因此長期照護險並不是採取填補需求原則而支付所有的照護費用，同時也與其他類型的社會保險不同，長期照護險只是部分給付的保險。社會法典第十一部第2條第1項規定，長期照護險給付應協助有照護需要者盡可能可以過著獨立自主符合人性尊嚴的生活，因此應提供協助，以復健或維持有照護需要者的體力、精神與心智能力；第4項並規定，應考慮有照護需要者的宗教需求，並在照護機構中給予宗教信仰的心靈關懷，甚至第28條第4項亦規定，為防止有照護需要者孤獨的危險，在提供給付時，亦應考慮有照護需要者的溝通需求。

社會法典第十一部第5條規定照護機構應致力於以預防、醫療與復健避免照護需要，若照護機構確認需要復健時，照護

《註49》Michael Simon, aaO., S.453.

《註50》www.cecuc.de.

《註51》www.cecuc.de

《註52》社會法典第十一部第8條規定。

機構應通知被保險人、在被保險人同意下醫療的醫師與負責的復健機構應給予醫療復健、治療照護與所有的補充給付。依據第3條的規定門診照護應優先於部分機構照護（註53）與完全的機構照護給付（註54）。除技術上的輔具與照護課程（註55）外，所有的照護給付是按照經費編列的，由於長期照護險並不是完全的保險，因此可以穩定地維持保險費與掌控支出的多寡。

社會法典第十一部第3條規定照護措施的位階，即長期照護險應以其給付優先支援居家照護、家屬與鄰居的照護幫助，以期有照護需要者盡可能長時間可以在其住宅中得到照護。部分的機構照護給付與短期照護給付應優先於完全機構的照護。也就是德國的長期照護保險法明文規定優先的居家照護，因此應加強與支援門診的照護，以防止在機構照護產生高額的支出與因而減輕醫院與地方政府的財政負擔。居家照護可以由家屬與鄰居支援，應優先於部分的機構照護。

長期照護險的給付可分為金錢給付或實物給付，優先的給付為居家照護（註56）。有照護需要人得自己僱用看護（在這種情形為金錢給付）或向照護機構請求

專業的看護（即為實物給付），當然這兩種給付可以以混合的方式形成居家照護。在請求金錢給付時，有照護需要的人必須每半年（照護等級1或2）或每一季向照護機構請求給付。以2012年為例，居家照護每一個照護等級可以請求的金額如表六（註57）：

表六

照護等級	金錢給付	實物給付
照護等級1	235歐元	450歐元
照護等級2	440歐元	1,100歐元
照護等級3	700歐元	1,550歐元
最重度的等級	1,510歐元	1,918歐元

在門診照護必須區分基本照護（Grundpflege）與治療照護（Behandlungspflege），基本照護是指盥洗、穿脫衣服、進食、大小便的協助，在符合有照護需要的照護等級時，應由長期照護險支付，但在治療照護僅給予醫生的處方，是屬於健康保險的權限，另外例如給予藥品、包紮更換、注射、行動輔具、大小便失禁的器具等都必须有醫生的處方由健康保險支付。界定健康保險與長期照護險的權限困難，在日常生活中的照護究竟應由哪個保險支付費用

《註53》部分機構照護係指白天或晚上的時間在安養院的照護。照護保險機構承擔照護費用、社會照料的花費與醫療照護的費用。由於長期照護機構照護給付順序在部分機構照護之後，僅在個案有必要時，才給予部分機構照護，例如無法充分的居家照護時，才得給予部分機構照護。

《註54》社會法典第十一部第43條第1項規定完全的機構照護，為最後順位的照護給付。

《註55》社會法典第十一部第45條規定。

《註56》社會法典第十一部第4條規定。

《註57》www.ratgeber-arzthaftung.de, last visited 25/09/2013.

也相當困難，而應由哪些專業的看護進行照護的工作也是一個有爭議的問題，基本照護形式上由一般合格的看護即可，但治療照護則需有考試合格的專業照護人員。

通常長期照護險的給付為實物給付，長期照護保險機構與給付提供者締結照護契約，並直接支付給照護機構報酬；有照護需要者由照護機構獲得照護或居家照護給付，即為實物給付；例外情形才會給予照護金以取代實物給付，也就是由家屬或鄰居保證給予充分的居家照護的情形（註58）。

醫療不屬於照護的實物給付，而是屬於居家的健康照護，應由健康保險給付。社會法典第五部第37條規定，居家照護為法定健康保險的給付，在長期照護險的給付外，得給予居家照護，在大部分的情形是作為治療照護，以確保醫療目的。基本的照護給付不得向健康保險機構結算費用，原則上治療照護得在時間上無限制地給予醫師處方，例如必須定期地給予注射。居家的病人照護亦得為社會法典第五部第37條第1項的醫院替代照護，也就是對需要照護的人在極少數的情形基本的照護亦包括在健康保險提供的給付內，而依據社會法典第十一部第34條第2項規定，在醫院替代照護期間則停止長期照護險的給付。

法定健康保險是支付所有醫療必要的給付，是適用填補需要原則，但長期照護

險只支付基本照護，也就是只保障必要的基本照護與居家照護，尤其是住宿與照顧的費用，依據社會法典第十一部第4條規定，有照護需要者自己應承擔居家與安養院的費用。

長期照護險主要的給付類型（註59）表列如表七。

伍、省思與展望

人口老化的高齡社會使得長期照護愈來愈重要，為因應高齡社會與少子化的倒金字塔人口結構、減輕有照護需要及其家人的經濟負擔、甚至國家的財政負擔，因此德國早在1995年即立法將長期照護險明文規定為第五個法定社會保險，更加完善社會保障制度，並將長期照護險與法定健康保險緊密結合在一起，原則上由被保險人與雇主共同分擔長期照護險的保險費，而隨著社會的實際需要不斷地進行改革，以期使長期照護險提供的照護給付更符合有照護需要人的實際需求，同時維護社會公平正義，以防止對於年輕世代造成龐大的財務負擔，而重新調整保險費率，並鼓勵全民投保額外的私人長期照護險，以便規劃更有保障的老年生活。

社會法典第十一部長期照護險法的原則如下：

1. 長期照護險成為德國法定社會保險的第五根支柱；

《註58》Michael Simon, aaO., S.452

《註59》社會法典第十一部第28條規定。

表七

門診的居家照護	自己僱用看護的照護金（社會法典第十一部第36條與第37條）
	照護品質保證的居家訪視（社會法典第十一部第37條第3項）
	以門診的照護服務給予居家的照護協助，屬於照護的實物給付（社會法典第十一部第71條）
混合給付	照護實物給付與照護金的混合（社會法典第十一部第38條）
部分的機構照護	白天照護或夜間照護（社會法典第十一部第41條）
完全的機構照護	殘障協助（社會法典第十一部第43條第1項）
	照護課程（社會法典第十一部第45條）
	治療照護
額外的給付	對於看護的意外險（社會法典第十一部第44條）
	對於看護的法定年金保險的保險費（社會法典第六部第3條第1句第1a款）
	對於看護的免稅額
	替代照護（Ersatzpflege）（社會法典第十一部第39條）
	短期的照護（Kurzeitpflege）（社會法典第十一部第42條）
	對有照護需要人的額外照料給付（社會法典第十一部第45a條、第45b條）
	照護輔具（社會法典第十一部第40條）
	居家環境改善措施（社會法典第十一部第40條）

- 長期照護險的主體為長期照護保險機構（Pflegekasse），係附屬於健康保險機構（Krankenkasse）；
- 每個法定健康保險的成員亦為社會長期照護險的成員；
- 社會長期照護險由被保險人與雇主共同分擔繳納保險費；
- 因疾病或殘障持續在相當的程度、在日常生活上須仰賴協助者享有照護給付請求權；
- 預防或復健給付優先於照護給付；
- 居家照護或部分的機構照護優先於完全的機構照護；
- 有照護需要的人可以選擇僱用看護的金錢給付或照護的實物給付，同時也可以在一般經合法設立的照護機構間自由選擇照護機構；
- 在機構的照護，長期照護險僅承擔照護費用；
- 長期照護保險機構的任務為提供照護，

但長期照護險的給付是有限的，對於超過照護給付費用總額的需求時，則必須自費負擔；

11. 需要照護協助的人不符合長期照護險法的要件時，仍得請求社會救助。

近年來，臺灣社會也面臨高齡社會與少子化的倒金字塔人口結構的壓力，目前民營的保險公司有長期照護的保險商品，然而對於廣大的一般民眾應如何提供更好的老年照護？亦為主管的衛生福利機關亟應思考的議題。目前我國對於弱勢需要照護的人所提供的照護，仍屬於由國家提供的社會福利救助，必須符合一定的要件才得申請補助，例如身心障礙者居家照顧費用補助辦法第5條，補助基準為低收入戶及中低收入戶之身心障礙者，本質上仍為由政府提供的補助，即便是重度需求者最高的補助金額（最高90小時，每小時180元）僅16,200元，是否真能滿足有照護需要人的實際需求，不無疑問。而長期照護與醫療照護並沒有明確區隔，導致長期照護的醫療照護與機構照護轉而由全民健康保險給付，實際上增加了政府對於全民健康保險龐大的財政負擔，在面對高齡化的

人口結構，有必要儘速規劃與實施以團結互助為原則的法定長期照護險。

審酌我國的《長期照護保險法草案》的內容，未來長期照護險在性質上為強制性的社會保險，但長久以來，我國並沒有形成一個統一的社會福利行政體系，而是一個多頭馬車的社會福利行政體系，例如全民健康保險的主管機關為衛生福利部的中央健保署、勞工保險的主管機關為勞動部、公教人員保險的主管機關為銓敘部、軍人保險的主管機關為國防部、農民保險的主管機關為內政部、福利服務業務的主管機關為內政部社會司等，長期照護險涵蓋不同面向的議題，似乎應作跨領域的規範，以避免法規與行政命令的重複，以及主管機關的職權重疊。

德國將長期照護險與健康保險結合將近20年的經驗與作法，單純地以年總所得的金額作為保險義務的基準，並合理地調整保險費率，除減輕國家公共的財政負擔外，並鼓勵全民以額外的私人長期照護險規劃更有保障的老年生活，這些作法可以作為我國未來立法的參考模式。

（作者陳麗娟為德國慕尼黑大學法學博士，現任淡江大學歐洲研究所教授）

參考文獻

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Pflegeversicherung, 1999 Bonn.

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen, 1974.

Jörg Alexander Meyer, Der Weg zur Pflegeversicherung, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag 1996.

Michael Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland, 2013 Bern: Verlag Hans Huber.